Annexes

ANNEXE 1

Outil d'identification des grossesses à risques à l'usage des Sages-femmes et des Généralistes travaillant à l'ONE

INTRODUCTION

Vous trouverez, ci-après, la liste des indications obstétricales spécifiques, d'une part, un commentaire relatif à la description du prestataire de soins obstétricaux et, d'autre part, des directives quant à la façon d'aborder le cas de concertation.

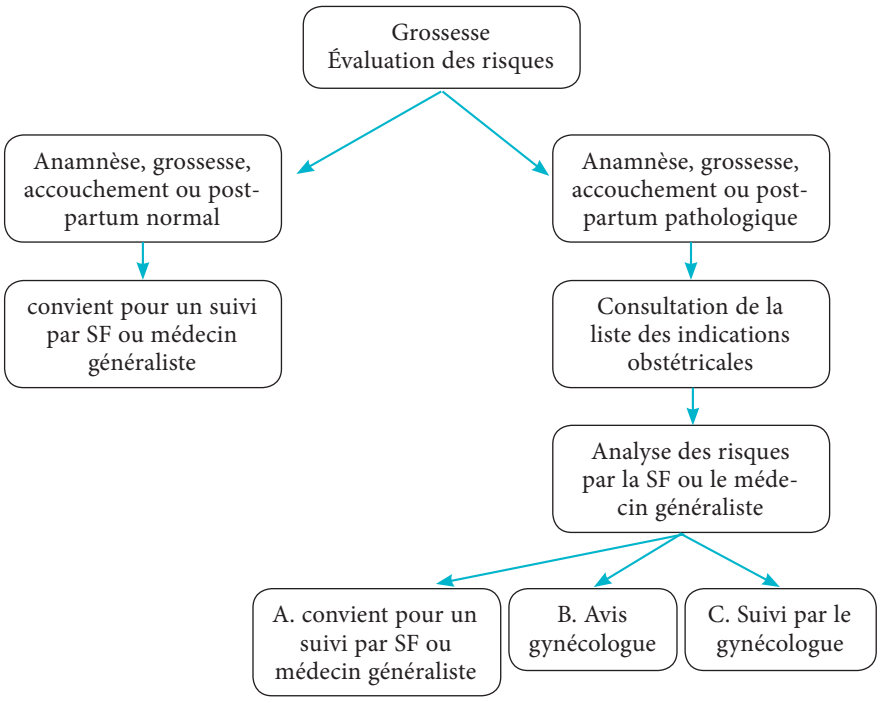
La liste des indications obstétricales a été subdivisée en 4 groupes principaux. Pour chaque indication, le prestataire de soins obstétricaux le plus recommandé est mentionné dans la colonne de droite.

L'objectif principal de la liste des indications est de fournir un outil afin de permettre de mener à bien la sélection des risques en obstétrique pour la sage-femme ou le médecin généraliste

Le prestataire de soins obstétricaux, sage-femme (SF) ou médecin généraliste (MG), est responsable de cette sélection des risques.

A. ARBORESCENCE

Dans la pratique quotidienne, l'arborescence ci-dessous se révèle utile en termes de décision :


Grossesse
Évaluation des risques
Anamnèse, grossesse, accouchement ou post-partum normal
Anamnèse, grossesse, accouchement ou post-partum pathologique
convient pour un suivi par SF ou médecin généraliste
Consultation de la liste des indications obstétricales
Analyse des risques par la SF ou le médecin généraliste
A. convient pour un suivi par SF ou médecin généraliste
B. Avis gynécologue
C. Suivi par le gynécologue

En cas de doute, la concertation est à préférer.

1. Commentaire relatif à la description du code du prestataire de soins obstétricaux

Code	Prestataire de soins	Description
A	Sage-femme/généraliste	La responsabilité du suivi obstétrical appartient a ce prestataire de soins.
B	Demander l'avis d'un Gynéco et éventuellement d'un autre spécialiste	Dans ce cadre, la situation individuelle de la femme enceinte doit être évaluée par un gynécologue et éventuellement un autre spécialiste, des accords sont ensuite pris à propos de la responsabilité relative au suivi obstétrical.
C	Gynécologue = Référence	La situation indiquée est de nature telle que la responsabilité du suivi obstétrical doit être assurée par le gynécologue.
U	Urgent	Contact urgent avec le gynécologue

2. Méthodologie

Document élaboré à la suite de plusieurs réunion de consensus des conseillers gynécologues de l'ONE. Comme base de travail, les conseillers gynécologues ont utilisés les Guides-lines Hollandais et les ont adaptés à la pratique de la Communauté française.

3. Liste des situations à risque obstétrical

1. Affections préexistantes – non-gynécologiques

En plus de la sage-femme concernée, d'autres prestataires de soins seront impliqués régulièrement auprès de la femme dans le cas d'affections préexistantes ayant un impact du point de vue obstétrical. Dès lors, dans les situations de concertation multidisciplinaire, il est recommandé que ces autres prestataires de soins participent également à la concertation.

		Code
1.1	Épilepsie avec médication Épilepsie sans médication	C B
	La concertation avec tous les prestataires de soins concernés est indiquée en vue de soins optimaux.	
1.2	Hémorragie sous-arachnoïdienne, anévrisme	C
1.3	Sclérose en plaques	B
	Selon le tableau neurologique, il convient de tenir compte de troubles à l'accouchement et, éventuellement, d'une rétention urinaire. En vue d'une prestation de soins optimale, la concertation entre tous les prestataires de soins concernés est indiquée.	
1.4	Hernie discale	B
	En cas de hernie discale récente ou de troubles neurogènes persistants, il s'agit d'une situation B. En cas d'hernie discale traitée et notamment si une grossesse précédente s'est déroulée normalement, il s'agit d'une situation A. Tant l'anamnèse que le tableau clinique du moment sont importants.	
1.5	broncho-pneumopathie chronique obstructive et autres insuffisances respiratoires	B
	Lors de l'évaluation, il convient de tenir compte de l'avis du pneumologue.	
1.6	Asthme	B
	Le suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum ne peut avoir lieu en première ligne que dans le cas d'asthme comportant de grands intervalles sans crise, avec ou sans thérapie par inhalation. La concertation avec le médecin (généraliste) traitant est indiquée.	

1.7	Tuberculose, active Tuberculose dans les 10 dernières années	C B
	En présence d'un processus tuberculeux actif et de son traitement, une concertation avec le médecin traitant et le gynécologue doit avoir lieu à propos du tableau clinique et du suivi de la grossesse ainsi que de l'accouchement.	
1.8	Infection à VIH	C
1.9	Hépatite B avec sérologie positive (Hbs-AG+)	B
1.10	Hépatite C	B
	L'avis du gynécologue et le suivi par le pédiatre sont recommandés.	
1.11	Pathologie cardiaque (souffle, trouble du rythme, antécédents,…)	B vers A ou C en fonction du bilan
	La grossesse et l'accouchement peuvent agir sur les rapports hémodynamiques préexistants. Une évaluation cardiologique est importante dans ce cadre.	
1.12	Pathologie thromboembolique Antécédents familiaux de pathologie thromboembolique	C B
1.13	Troubles de la coagulation (hémophilie, anomalie des facteurs de coagulation)	C
1.14	Troubles de la fonction rénale	C
1.15	Hypertension Antécédent d'hypertension (actuellement normo-tendue, sans traitement)	C B
	Une hypertension préexistante, traitée ou non au moyen de médicaments, donne lieu à un renvoi en seconde ligne.	
1.16	Diabète sucré	C
1.17	Hyperthyroïdie	C
1.18	Hypothyroïdie	B
	Dans le cas d'un goitre euthyroïdien biochimique, sans anticorps et sans médication ou stable avec médication sous lévothyroxine, le suivi peut avoir lieu en première ligne. Dans le cas d'une médication sous lévothyroxine, le contrôle ciblé en rapport avec l'accroissement fréquent du besoin de médication pendant la grossesse est recommandé.	
1.19	Anémie ($\leq$ 10)	B
1.20	Colite ulcéreuse et la maladie de Crohn	C
1.21	Maladies systémiques et affections rares	C
	Ce terme recouvre les affections maternelles rares telles que la maladie d'Addison et la maladie de Cushing. Il recouvre également le lupus érythémateux aigu dis-	

séminé (LEAD), le syndrome des antiphospholipides (SAPL), la sclérodermie, la polyarthrite rhumatoïde, la périartérite noueuse, la maladie de Marfan, la maladie de Raynaud ainsi que d'autres affections systémiques et rares.

1.22 Utilisation de drogues dures (héroïne, méthadone, cocaïne, ecstasy, etc.) C

Il convient de s'intéresser à la consommation de fait. Lorsque l'anamnèse révèle un arrêt de la consommation, l'examen de l'urine, par exemple, peut se révéler important. Il va de soi que l'implication du pédiatre dans le suivi post-partum peut être indiquée.

1.23 Alcoolisme B

1.24 Troubles psychiatriques C

Le suivi de la grossesse et de l'accouchement dépend de la gravité et de l'ampleur du trouble psychiatrique. La concertation avec le médecin traitant est indiquée.

1.25 Pathologies hépatiques B

2. Affections préexistantes – gynécologiques

		Code
2.1	Pathologie du plancher pelvien	B
2.2	Intervention sur le col	B
	Antécédent de chirurgie sur le col	B
2.3	Myomectomie	B
2.4	Anomalie de la cytologie du col utérin (diagnostic suivi)	B

Il convient de distinguer la politique obstétricale et la politique gynécologique. La consultation gynécologique peut être indiquée, même sans conséquences obstétricales. Le dépistage du cancer du col de l'utérus n'est pas proposé aux femmes enceintes. Le suivi gynécologique n'empêche pas un suivi obstétrical en première ligne.

2.5	Stérilet en place	B
	Statut après le retrait du stérilet	B
2.6	Statut après un traitement de la stérilité	
	Dans la pratique, le souhait de la patiente d'être suivie en seconde ligne, même si la grossesse et l'accouchement se déroulent sans problèmes, joue un rôle. Il n'existe pas de risque obstétrical accru.	A/B
2.7	Anomalie du bassin (trauma, rupture de la symphyse, rachitisme)	B au 3e trimestre

La concertation est indiquée au début du dernier trimestre.

2.8	Excision / anomalie anatomique grave	A/B au 3e trimestre

L'excision en tant que telle peut nécessiter des soins psychologiques particuliers. En cas d'anomalies anatomiques graves, la concertation est indiquée au cours du troisième trimestre.

3. Anamnèse obstétricale

		Code
3.1	Incompatibilité sanguine active (Rh, Kell, Duffy, Kidd) Incompatibilité ABO	C B

Il va de soi que la grossesse et l'accouchement peuvent être suivis en première ligne en cas d'incompatibilité ABO, mais il convient également d'être attentif à la problématique néonatale. La concertation est indiquée.

3.2	Hypertension gravidique isolée au cours d'une grossesse précédente Pré-éclampsie au cours d'une grossesse précédente HELLP syndrome et/ou pré-éclampsie sévère au cours d'une grossesse précédente	A B C
3.3	Avortements répétés (Fausse couche précoce ≥ 3 fois ; Fausse couche tardive ≥ 1 fois)	B

L'opportunité d'un examen pathologique du matériau fœtal en cas de nouvel avortement doit être abordée. Par ailleurs, la prise en charge psychologique au niveau clinique et génétique avant la grossesse est souhaitable.

3.4	Naissance prématurée (< 37 semaines), grossesse précédente	B
3.5	Béance du col utérin (et/ou opération de Shirodkar)	B

Le suivi de la grossesse en seconde ligne est indiqué jusqu'à 37 semaines. À terme, un accouchement à domicile est possible. Si une grossesse suivante s'est déroulée normalement, la grossesse et l'accouchement suivants peuvent être suivis en première ligne.

3.6	Décollement placentaire	B
3.7	Extraction par forceps ou extraction par ventouse	B 3e trimestre

L'évaluation des informations anamnestiques est importante. S'il s'avère de manière documentée que l'accouchement provoqué a été simple, la grossesse en cours et l'accouchement sont suivis en première ligne. En l'absence de preuves documentées ou en cas d'indications de complications d'un accouchement provoqué, la concertation (B) est recommandée.

3.8	Césarienne	B 3e trimestre
3.9	Dysmaturité	B

Il convient de partir d'un poids à la naissance P < 2,3 kg (?)ou d'une hypoglycémie néonatale évidente sur la base d'un retard de la croissance.

3.10 Séjour néonat ≥ 24h B

3.11 Mortalité périnatale B

De tels antécédents donnent lieu à une concertation. Par ailleurs, le fait qu'une grossesse se soit déroulée normalement après la mortalité périnatale est important. Dans ce cas, la grossesse et l'accouchement peuvent être suivis en première ligne.

3.12 Enfant précédent atteint d'une anomalie grave, potentiellement congénitale et/ou héréditaire B

La nature de l'affection et le diagnostic antérieur sont importants. Si aucune anomalie n'est constatée en relation avec la grossesse en cours, le suivi peut se poursuivre en première ligne.

3.13 Hémorragie sévère du post-partum ou antécédent de délivrance manuelle du placenta B 3e trim.

3.14 Antécédent de déchirure du sphincter anal et/ou de la muqueuse B 3e trim.

Une consultation avec le gynécologue afin de prendre les décisions quant à la meilleure voie d'accouchement.

3.15 Disjonction de la symphyse pubienne A

Aucune valeur ajoutée n'est attribuée au suivi en seconde ligne d'une grossesse ou d'un accouchement associé à un symphysiolyse anamnestique ou à une instabilité du bassin.

3.16 Dépression post-partum A

Aucune valeur ajoutée n'est attribuée au suivi en seconde ligne d'une grossesse ou d'un accouchement associé à une dépression post-partum anamnestique. La dépression post-partum survient à un moment tel du post-partum que celui-ci peut être suivi en première ligne.

3.17 Psychose post-partum B

Il convient de vérifier l'existence éventuelle d'une médication de longue durée. Un avis psychiatrique sur la gravité de la psychose et le risque de répétition est important.

3.18 Grande multipare A

Il convient d'entendre un nombre de naissances > 5. Aucune valeur ajoutée n'est attribuée au suivi de la grossesse et de l'accouchement en seconde ligne.

3.19 Post-terme (≥ 42 semaines) A

La présence d'une surmaturité dans l'anamnèse ne possède aucune valeur prédictive pour le déroulement de la grossesse en cours et de l'accouchement.

4. Apparition/constatation pendant la grossesse

Dans le cadre de ce chapitre, le suivi en seconde ligne dans les cas désignés par le code C est indiqué aussi longtemps que le problème en question persiste. Si le problème disparaît, la patiente peut être renvoyée à la première ligne.

		Code
4.1	Durée de la grossesse incertaine quand > 20 semaines d'aménorrhée	B
	En cas d'incertitude sur la durée de la grossesse après 20 semaines de grossesse, la concertation est recommandée. Au cours des vingt premières semaines, le prestataire de soins obstétricaux en première ligne fournit un diagnostic complémentaire adéquat.	
4.2	Anémie (Hb < 6,0 mmol/l)	B
	L'analyse de la nature et de la gravité de l'anémie est importante lors de la concertation.	
4.3.1	Infections des voies urinaires	B
	1re infection avec germe multi-sensible	
4.3.2	Infections récidivantes des voies urinaires	B
	Nous pouvons parler d'infection récidivante des voies urinaires lorsqu'une infection se manifeste plus de deux fois. Le risque de troubles de la fonction rénale et d'accouchement prématuré est important. Un diagnostic plus détaillé peut donner corps à la concertation locale entre les trois groupes professionnels.	
4.4	Pyélite	C
	En cas de pyélite, l'hospitalisation en vue du traitement, donc le traitement en seconde ligne, est souhaitable. Si le traitement de la pyélite s'avère efficace, le suivi de la grossesse et de l'accouchement peut se poursuivre en première ligne.	
4.5	Toxoplasmose	
	Virage certain	C
	Virage douteux	B
	IGM positive.	
4.6	Rubéole	
	Virage certain	C
	Virage douteux	B
4.7	Cytomégalovirus	
	Virage certain	C
	Virage douteux	B

4.8 Herpès génital (primo-infection) C
Herpès génital (récidive) C

En cas de primo-infection, il existe un risque (restreint) d'infection transplacentaire du fœtus. Au cours de la première année suivant la primo-infection, les récidives et l'excrétion virale asymptomatique sont plus fréquentes. Si la primo-infection survient peu de temps avant l'accouchement ou pendant celui-ci, il existe un risque accru d'herpès néonatal. Étant donné la possibilité de traitement au moyen d'antiviraux, le renvoi en seconde ligne est indiqué en cas de primo-infection. En cas de récidive ou en présence d'herpès génital dans l'anamnèse, il est conseillé de cultiver le virus prélevé dans l'oropharynx du nouveau-né. En cas de récidives fréquentes (> 1/mois) ou de récidive pendant l'accouchement, le renvoi est indiqué en raison du risque accru de contamination du nouveau-né. À l'heure actuelle, nous ne savons pas si la présence d'anticorps protège suffisamment l'enfant.

4.9 Infection à parvovirus C

Cette infection peut entraîner une anémie fœtale et une hydropisie. Cette problématique peut être traitée.

4.10 Infection à virus varicelle-zona C

L'infection maternelle est visée ici. La primo-infection par le virus varicelle-zona pendant la grossesse peut donner lieu au traitement de la femme enceinte au moyen de l'immunoglobuline VZV en raison du risque de syndrome de varicelle fœtale. Si la varicelle survient peu de temps avant l'accouchement ou au début du post-partum, il existe un risque d'infection néonatale. Parfois, le traitement de la mère et de l'enfant au moyen d'un antiviral est indiqué. En cas de zona cliniquement manifeste, il n'existe aucun risque de syndrome de varicelle fœtale.

4.11 Hépatite B (Hbs-Ag+) B

4.12 Hépatite C B

Le renvoi en seconde ligne en vue d'une consultation est indiqué. Il convient d'être attentif au suivi par le pédiatre.

4.13 Tuberculose C

Le processus tuberculeux actif est visé ici.

4.14 Infection à VIH C

En raison des possibilités médicamenteuses actuelles en vue de la prévention de la transmission verticale, ces patientes doivent être suivies, pendant leur grossesse et leur accouchement, dans un centre hospitalier disposant de l'équipement relatif au VIH et au SIDA.

4.15 Syphilis
Sérologie positive traitée B
Sérologie positive pas encore traitée B
Primo-infection B

Lors du renvoi, il convient d'être attentif à l'entente entre les parties concernées en première et en seconde lignes. La transmission d'informations entre la sage-

femme, le généraliste, le gynécologue et l'infectiologue traitant est importante. Des accords structurels peuvent être élaborés lors de la concertation locale.

4.16 Hernie du disque intervertébral apparue pendant la grossesse B

La politique doit être déterminée en fonction des troubles et des symptômes cliniques. En l'absence de troubles, le suivi peut avoir lieu (se poursuivre) en première ligne.

4.17 Laparotomie pendant la grossesse C

Dès que la plaie est guérie et si la nature de l'opération ne comporte aucun autre risque du point de vue obstétrical, la patiente enceinte peut être suivie en première ligne. Pendant l'hospitalisation, le gynécologue sera impliqué dans la grossesse. S'il n'existe aucune autre conséquence au niveau de la politique obstétricale, la patiente enceinte peut être suivie en première ligne.

4.18 Cytologie du col utérin autre que normal B

Il est important de noter qu'une politique gynécologique plus approfondie (au profit d'un diagnostic complémentaire) peut être indiquée, tandis que le suivi de la grossesse et de l'accouchement peuvent avoir lieu en première ligne.

4.19 Consommation de médicaments B

L'effet des médicaments sur la patiente enceinte et sur le fœtus joue un rôle important. De plus, il convient d'être attentif à l'effet sur la lactation et aux effets pendant la période néonatale. En cas de doute, il est toujours indiqué de procéder à une concertation. Nous renvoyons aux informations du NIAD (030-2971100) et du centre de tératologie du RIVM (030-2742017). La liste des médicaments sans risque se trouve en annexe.

4.20 Consommation de drogues dures (héroïne, méthadone, cocaïne, ecstasy, etc.) C

La gravité de la toxicomanie associée aux drogues dures et ses effets pendant la grossesse et l'accouchement ainsi que pendant la période postnatale, notamment pour l'enfant, sont importants.

4.21 Alcoolisme C

Le syndrome d'alcoolisme fœtal est important. Il va de soi que l'implication du pédiatre dans le suivi post-partum de longue durée est indiqué.

4.22 Affections psychiatriques C

La gravité de la problématique psychiatrique et l'avis du médecin traitant à ce sujet sont importants.

4.23 Vomissements incoercibles de la grossesse C

Le renvoi en seconde ligne est indiqué en vue du traitement de la problématique. Une fois la patiente guérie, la grossesse et l'accouchement peuvent être suivis en première ligne.

4.24	Suspicion d'anomalies fœtales	B
	Anomalies fœtales avérées	C
4.25	Perte de liquide amniotique (< 37 semaines d'aménorrhée)	C
4.26	Diabète sucré (y compris diabète gravidique)	C
4.27	Hypertension gravidique	A/C

Par « hypertension gravidique », il convient d'entendre une hypertension (conformément à la définition donnée par l'ISSHP, voir 1.16) au cours de la seconde moitié de la grossesse chez une femme ayant auparavant une tension normale. Il convient de distinguer la pression sanguine diastolique jusqu'à 95 mm et la pression à partir de 95 mm. En cas de pression diastolique entre 90 et 95 mm, la femme enceinte doit bénéficier d'une attention supplémentaire ; à partir de 95 mm, elle doit être renvoyée à la seconde ligne.

4.28	Pré-éclampsie, HELLP syndrome	C + U

La pré-éclampsie associe une hypertension gravidique et une protéinurie. Nous pouvons parler de protéinurie en cas d'Albustix ++ dans un échantillon d'urine (à confirmer par un dosage urinaire) ou d'excrétion de protéines totale de 300 mg ou plus pendant une période de 24 heures. Nous pouvons parler de toxémie gravidique surajoutée en cas de protéinurie de novo pendant la grossesse chez une patiente atteinte d'hypertension préexistante. Le HELLP syndrome est caractérisé par l'association d'une hémolyse, de troubles des fonctions hépatiques et d'une diminution du nombre des thrombocytes.

4.29	Incompatibilité sanguine	C
4.30	Thrombose veineuse profonde	C
4.31	Troubles de la coagulation	C
4.32	Pertes de sang	B + U
4.33	Terme supérieur à 42 semaines	C
4.34	Menace d'accouchement prématuré (MAP)	B + U

Dès qu'une naissance prématurée n'est plus imminente, le suivi de la grossesse et de l'accouchement peut se poursuivre par la sage-femme ou le médecin généraliste.

4.35	Béance du col utérin	C

Au terme de 37 semaines de grossesse, le suivi peut se poursuivre en première ligne.

4.36	Grossesse multiple	C
4.37	Position anormale à 36 semaines (siège ou transversale)	C

4.38 Absence de soins prénataux préalables (± à terme) B

Il convient d'être attentif à la situation à domicile. L'absence de soins prénataux peut être le révélateur d'une problématique psychosociale. Elle peut donner lieu à une concertation plus approfondie et à un accouchement à l'hôpital.

4.39 Enfant adoptable B

L'abandon est souvent associé à une problématique psychosociale. Il peut donner lieu à une concertation plus approfondie et à un accouchement à l'hôpital.

4.40 Myomatose utérine pertinente du point de vue obstétrical B

Selon les rapports anatomiques, il convient de tenir compte d'une perturbation du déroulement de la grossesse ou de l'accouchement.

ANNEXE 2

La préparation de la consultation : le matériel nécessaire et indispensable

Les tableaux suivants explicitent tous les différents matériels qui doivent se trouver dans les locaux d'une consultation prénatale afin de rendre celle-ci optimale.

L'organisation d'une consultation est très différente d'un endroit à l'autre, en fonction en particulier du type de prestataires (sage-femme, médecin généraliste ou gynécologue), du type de travail (individuel ou en équipe), de l'endroit de la consultation (en milieu hospitalier ou en extrahospitalier)

Nous reprenons ci-après le modèle le plus répandu en consultation prénatale de l'ONE, c'est-à-dire la consultation prénatale hospitalière, souvent réalisée dans 2 locaux continus par le binôme TMS – Gynécologue. Un 3e local peut être prévu pour des examens spéciaux (Monitoring/Échographie/Amniocentèse)

Ces tableaux peuvent servir de check-list à consulter avant chaque consultation pour la préparation de celle-ci.

A. LOCAL DE LA TMS OU DE L'INFIRMIÈRE DE CONSULTATION

Chargée des aspects d'éducation à la santé, d'une pré-anamnèse et des examens anthropométriques.

Catégories	Type de matériel	Spécificités ONE
Dossier médico-social papier	1. Dossier standard (archivage de données) 2. ou dossier pré-informatisé	• Dossier « chronologique » • Volet épidémiologique • Fiche d'observation des futures mères à domicile • Fiche socio-médicale
Ou dossier informatisé	Ordinateur + programme ad hoc	
Certificats	Attestation de grossesse	Attestation de grossesse
	Incapacité de travail	Incapacité de travail
	Présence parentale	Présence parentale
	Congé d'allaitement	Congé d'allaitement
Documents d'éducation à la santé	Folders divers Spécifiques à chaque institution 1. Ma santé se prépare bien avant ma naissance **(CEP)** 2. Tabac et grossesse **(FARES)** 3. Vous souhaitez allaiter, vous allaitez déjà **(INFOR-ALLAITEMENT)** 4. Enceinte je prends une boisson sans alcool **(CENTRE D'EDUCATION DU PATIENT)**	***Aspects médicaux*** • Acide folique • Consultation préconceptionnelle • Toxoplasmose • Cytomégalovirus • Trisomie 21 • Hémoglobinopathies • Un bébé bientôt • Bien manger pendant la grossesse • Encore un bébé mais pas tout de suite
		Aspects juridiques et sociaux • Devenir parents • Congé de paternité • Quel milieu d'accueil choisir pour notre enfant
		Aspects pratiques • ONE (présentation de l'office) • Comment choisir le matériel de puériculture • Les consultations prénatales de l'ONE • La visite à domicile pendant la grossesse • Il était une fois une chambre, mon univers la santé
		Liaison avec le Médecin traitant Document opérationnel Carnet de la mère

Catégories	Types de matériel	Fonction-Objet
Matériel médical	Toise	Calcul du BMI – DFP
	Pèse-personne	Calcul du BMI – Pré-éclampsie
	Stéthoscope	HTA et pré-éclampsie
	Tensiomètre	HTA et Pré-éclampsie
	Pots pour recueil des urines • Stériles • Non stériles	Infection urinaire
	Tigettes (Sucre Albumine Nitrites) pour examen d'urines	Diabète Pré-éclampsie Infection urinaire
	Seringues, garrot, aiguilles Tubes pour prélèvement de sang • Tubes secs • Tubes sec/héparine • EDTA • EDTA/tube sec	Maladies générales (Diabète, Hypertension, Pré-éclampsie, Anémie, (allo-)Immunisation) Maladies infectieuses Maladies génétiques
Mobilier	Bureau de travail	
	Chaises	
	Armoires de rangement	
	Échéancier	

B. LOCAL DU MÉDECIN

Catégories	Types de matériel	Fonction-Objet
Mobilier	Table d'examen + tabouret	
	Bureau de travail + Chaises Armoires	
Informatique	Ordinateur + logiciel de consultation + interfaces avec le laboratoire et la radiologie	
Documents	Courbes de références	
	Normes et standards	
	Diagramme Prise de poids	
	Certificats (voir local de la TMS)	
	Demandes d'analyses de laboratoire (sang urines) + triple test ou test intégré	
	Demandes d'examens radiologiques	
	Demandes d'avis spécialistes	
	Papier à lettres plus enveloppes	
	Carnet de prescriptions	
Matériel médical	Spéculum	examen gynéco 1re visite et PP
	Doigtiers ou gants stériles	examen gynéco
	Mètre ruban	Hauteur utérine
	Stéthoscope obstétrical ou Dop-tone	Cœur foetal
	Ecouvillons pour prélèvements bactériologiques	Strepto B gr B
	Pots pour prélèvement cytologique Ou lames pour microscopique	Cancer du col
	Spatules d'Ayre ou cyto-brush Spray fixateur pour cytologie	Cancer du col
	Microscope	Examen à frais
	Pince à pansement	Pose de DIU
	Pinces de Pozzi	Pose de DIU
	Paire de ciseaux	Pose de DIU
	Dispositifs intra-utérins	Pose de DIU
	Hystéromètre	Pose de DIU
	Compresses	Pose de DIU
	Liquide désinfectant (hibidil R)	Pose de DIU
Matériel de décontamination		

C. LOCAL POUR EXAMENS TECHNIQUES SPÉCIAUX

Catégories	Matériel	Fonction-Objet
Matériel médical	Échographe	Morphologie fœtale
	Matériel pour PLA (set préétabli)	Caryotype Analyse Liq. Amniot.
	Cardio-tocographe	Bien-être foetal

ANNEXE 3

EPDS

A. EPDS – VERSION PROFESSIONNELLE

EDINBURGH PÉRINATAL DÉPRESSION SCALE (EPDS)
(Mode d'emploi)

Madame,

Vous attendez ou vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est-à-dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'aujourd'hui.

Voici un exemple : Je me suis sentie heureuse :
- oui, tout le temps
- oui, la plupart du temps
- non, pas très souvent
- non, pas du tout.

Ceci signifiera que « Je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de s'écouler ».

Merci de bien vouloir répondre aux dix questions suivantes.

Pendant la semaine qui vient de s'écouler :

Note

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.

- Aussi souvent que d'habitude **0**
- Pas tout à fait autant **1**
- Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci **2**
- Absolument pas **3**

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir.

- Autant que d'habitude **0**
- Plutôt moins que d'habitude **1**
- Vraiment moins que d'habitude **2**
- Pratiquement pas. **3**

3. Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal.

- Oui, la plupart du temps **0**
- Oui, parfois **1**
- Pas très souvent **2**
- Non, jamais **3**

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.

- Non, pas du tout **0**
- Presque jamais **1**
- Oui, parfois **2**
- Oui, très souvent **3**

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons.

- Oui, vraiment souvent **0**
- Oui, parfois **1**
- Non, pas très souvent **2**
- Non, pas du tout **3**

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements.

- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations **0**
- Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude **1**
- Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations **2**
- Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude **3**

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil.

- Oui, la plupart du temps **0**
- Oui, parfois **1**
- Pas très souvent **2**
- Non, pas du tout **3**

8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse.

– Oui, la plupart du temps	**0**
– Oui, très souvent	**1**
– Pas très souvent	**2**
– Non, pas du tout	**3**

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré.

– Oui, la plupart du temps	**0**
– Oui, très souvent	**1**
– Seulement de temps en temps	**2**
– Non, jamais	**3**

10. Il m'est arrivé de penser à me faire mal.

– Oui, très souvent	**0**
– Parfois	**1**
– Presque jamais	**2**
– Jamais	**3**

Total 0 à 30

Remarque :

Le mode de cotation n'apparaît pas sur le questionnaire présenté aux femmes enceintes ou aux mères.

Cotation :

Chaque item (3, 5, 6, 8, 9, 10) est coté de 3 à 0 sauf les items « positifs » (1, 2, 4), dont la cotation est inversée (de 0 à 3), comme sur le présent modèle.

La somme de tous les items donne le score global de l'EPDS qui est comparé à la note-seuil de référence.

La note-seuil conseillée par les auteurs de la traduction et de la validation en français de l'EPDS pour l'utilisation clinique est 11 (>10). Cette note-seuil apporte une sensibilité de 0,80, une spécificité de 0,92 et une valeur prédictive positive de 0,92. Cette valeur est légèrement différente de celle du travail original de Cox et al. qui préconisent une note-seuil de 13 (>12) qui est très discriminatoire mais pas assez sensible pour une utilisation clinique de dépistage de la dépression postnatale selon Guedeney et al..

RÉFÉRENCE

1. Guedeney N., Fermanian J., Guelfi J.D., Delour M., *Premiers résultats de la traduction de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale sur une population parisienne*. Devenir 1995 ; 7 : 69-92.

B. EPDS – VERSION FEMME ENCEINTE OU MÈRE

Madame,

Vous attendez ou vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est-à-dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'aujourd'hui.

Voici un exemple : Je me suis sentie heureuse
- oui, tout le temps
- oui, la plupart du temps
- non, pas très souvent
- non, pas du tout.

Ceci signifiera « je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de s'écouler ».

Merci de bien vouloir répondre aux dix questions suivantes :

Pendant la semaine qui vient de s'écouler :

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.
- Aussi souvent que d'habitude
- Pas tout à fait autant
- Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- Absolument pas

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir.
- Autant que d'habitude
- Plutôt moins que d'habitude
- Vraiment moins que d'habitude
- Pratiquement pas.

3. Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal.
- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, jamais

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.
- Non, pas du tout
- Presque jamais
- Oui, parfois
- Oui, très souvent

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons.
- Oui, vraiment souvent
- Oui, parfois
- Non, pas très souvent
- Non, pas du tout

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements.
- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil.
- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse.
- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré.
- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Seulement de temps en temps
- Non, jamais

10. Il m'est arrivé de penser à me faire mal.
- Oui, très souvent
- Parfois
- Presque jamais
- Jamais

Merci

ANNEXE 4

Tabagisme et grossesse : tableaux synoptiques – outils décisionnels

A. ÉCHELLE Q-MAT

Pensez-vous que dans 6 mois	Vous fumerez toujours Vous aurez diminué un peu Vous aurez diminué beaucoup Vous aurez arrêté de fumer	0 2 4 8
Avez-vous actuellement envie d'arrêter de fumer ?	Pas du tout Un peu Beaucoup Énormément	0 1 2 3
Pensez-vous que dans 4 semaines	Vous fumerez toujours Vous aurez diminué un peu Vous aurez diminué beaucoup Vous aurez arrêté de fumer	0 2 4 8
Vous arrive-t-il de ne pas être contente de fumer ?	Jamais Parfois Souvent Très souvent	0 1 2 3

Interprétation : < 6 : faible motivation, insuffisante
7-12 : motivation moyenne
>12 : bonne ou très bonne motivation

B. ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Caractéristiques	résonance, empathie, écoute active
Objectifs	Favoriser la prise de conscience Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle Informer des solutions existantes
Stratégies	questions ouvertes, reformuler, résumer, soutenir, favoriser le discours de changement
Pièges	questions-réponses, confrontation, attitude d'expert, moraliser, blâmer, critiquer

C. SYNDROME DE SEVRAGE SELON LA CLASSIFICATION DU DSM IV

Humeur dysphorique ou dépressive
Insomnie
Irritabilité
Frustration, colère
Anxiété
Difficulté de concentration
Fébrilité
Diminution du rythme cardiaque
Augmentation de l'appétit ou prise de poids

D. TEST DE FAGERSTRÖM

1. Combien de temps après le réveil allumez-vous votre première cigarette ?
   - Moins de 5 minutes 3
   - 6-30 minutes 2
   - 31-60 minutes 1
   - Après 60 minutes 0
2. Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?
   - Oui 1
   - Non 0
3. De quelle cigarette pourriez-vous le moins vous passer ?
   - La première 1
   - Une autre 0

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins	0
11-20	1
21-30	2
31 ou plus	3

5. Fumez-vous davantage pendant la matinée que pendant le reste de la journée ?

Oui	1
Non	0

6. Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?

Oui	1
Non	0

Interprétation	
Score	Degré de dépendance
0-2	Très faible
3-4	Faible
5	Moyen
6-7	Fort
8-10	Très fort

Comment aborder le tabagisme de la femme enceinte dans les consultations de gynécologie/obstétrique ?

La combinaison des 5A et de l'entretien motivationnel

Il est recommandé d'approcher systématiquement toutes les patientes en combinant la stratégie des 5 A (Fiore M.C, 2000) et l'entretien motivationnel (Miller WR, Rollnick S., Motivational interviewing: Preparing people for change. 2002).

Etape 1 : ASK ◊ DEMANDER

Poser clairement la question du tabagisme

« Puis-je vous demander si vous fumez ? »

Etape 2 : ASSESS ◊ EVALUER

Estimer la motivation à arrêter

« Pouvez-vous me dire ce que vous souhaitez faire avec votre tabagisme maintenant que vous êtes enceinte ? »

Etape 3 : ADVISE ◊ CONSEILLER

Conseiller clairement et de manière univoque l'importance de l'arrêt

« Dans le cadre de votre grossesse, je dois vous conseiller d'arrêter totalement de fumer »

Etape 4 : ASSIST ◊ AIDER

Référer vers un tabacologue/médecin généraliste

Valoriser les tentatives/démarches de prise en charge du tabagisme par la patiente

« Bravo vous avez diminué votre consommation journalière! Pourquoi ne pas penser maintenant à un arrêt total? »

Etape 5 : ARRANGE ◊ VEILLER AU SUIVI

Valoriser les tentatives/réussites lors des contacts suivants

Etre à l'écoute des difficultés

Mettre en avant les bénéfices

Proposer l'aide des tabacologues si difficultés

ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

PRINCIPES

Aider à faire mûrir l'ambivalence

« D'un côté fumer vous donne l'impression de vous détendre, et d'autre part vous en avez assez d'être dépendante »

Valoriser – nourrir le sentiment d'efficacité personnelle

« Je trouve très positif que vous ayez réussi à ne pas fumer pendant 3 jours malgré vos difficultés »

Rouler avec les résistances plutôt que d'argumenter

« Vous avez raison, ce n'est pas facile d'arrêter. Quelles sont vos principales difficultés ? »

Empathie

(= essayer de se mettre de manière non jugeante dans le cadre de référence de la patiente)

« J'entends votre difficulté à arrêter de fumer»

LA BALANCE DECISIONNELLE

un outil intéressant pour faire progresser la motivation

FUMER	ARRETER DE FUMER
1. Que retirez-vous comme bénéfices en fumant ? *« Fumer me détend »* *« Fumer m'apporte du plaisir »*	**4. Quels seraient pour vous les avantages à arrêter de fumer ?** *« Cela éviterait beaucoup de problèmes de santé chez mon bébé »* *« Je me sentirais libérée »*
2. Quels sont pour vous les désavantages à fumer ? *« Cela me coûte cher »* *« C'est mauvais pour mon bébé »*	**3. Quelles seraient vos craintes en arrêtant de fumer ?** *« J'ai peur d'être nerveuse et irritable »* *« Je vais grossir »*

Poser les questions reprises en bleu et dans l'ordre prévu, afin de faire progresser la personne vers une décision d'arrêt

Le programme d'aide à l'arrêt du tabac pour la femme enceinte (et son partenaire) prévoit le remboursement des consultations auprès des tabacologues reconnus. La femme enceinte doit commencer ce suivi avant le 6ème mois de grossesse et doit participer à minimum 8 consultations.

La liste des tabacologues reconnus est accessible via la ligne tabac-stop (0800.111.00) ou le site www.grossessesanstabac.be *(AR du 17 septembre 2005)*

Les médecins généralistes qui connaissent bien le contexte de vie de leurs patientes, peuvent également être sollicités pour aider la femme enceinte à arrêter de fumer.

Campagne soutenue par le

Le FARES asbl est chargé pour la partie francophone du pays de coordonner la campagne d'aide à l'arrêt du tabac pour les femmes enceintes et leur partenaire. Il organise également des formations à la prise en charge des fumeurs et à l'entretien motivationnel. Infos : tél 02.512.29.38 www.fares.be

FARES asbl Service Prévention Tabac

Proposition de questionnaire identifiant le statut tabagique des patientes enceintes

1. Quel est votre statut tabagique ?

☐ **Non fumeuse (Stop questionnaire)** ☐ **Ex-fumeuse (passez à la question 1.1.)** ☐ **Fumeuse**

1.1. Si ex-fumeuse :

- **A quel moment avez-vous arrêté de fumer ?**

☐ **Avant l'annonce de la grossesse** ☐ **Annonce grossesse** ☐ **1er trimestre**
☐ **2ème trimestre** ☐ **3ème trimestre**

2. Quel(s) type(s) de produit du tabac consommez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

☐ **cigarettes** nombre fumées en moyenne/jour ☐☐,☐☐
☐ **cigarillos** nombre fumés en moyenne/jour ☐☐,☐☐
☐ **tabac à rouler** nombre de cigarettes fumées en moyenne/jour ☐☐,☐☐
☐ **cannabis** nombre de joints fumés en moyenne/jour ☐☐,☐☐
☐ **shisha (narguilé, pipe à eau)** nombre de séances en moyenne/jour ☐☐,☐☐
☐ **autre (précisez** .....) nombre fumés en moyenne/jour ☐☐,☐☐

3. Votre partenaire fume-t-il actuellement ?

☐ Ne s'applique pas (pas de partenaire)
☐ Non, il n'a jamais fumé
☐ Non, il a arrêté de fumer avant ma grossesse
☐ Non, il a arrêté de fumer pendant ma grossesse
☐ Oui, il fume

4. Au réveil, après combien de temps fumez-vous votre 1ère cigarette ?

☐ dans les 5 minutes
☐ entre 5 et 30 minutes
☐ entre 30 et 60 minutes
☐ plus de 60 minutes

5. Avez-vous déjà essayé d'arrêter?

☐ oui ☐ non

Si oui, quelles ont été les raisons de la rechute ?

☐ symptômes de manque (irritabilité, anxiété, difficulté de concentration, agitation, ralentissement du pouls, augmentation de l'appétit, humeur dépressive, insomnie)
☐ autres raisons_____
_____

ANNEXE 5

Le CRAP : Coefficient de Risque d'accouchement prématuré

Depuis sa création par Papiernik en 1969, beaucoup d'auteurs ont proposé des modifications de la mesure du CRAP :

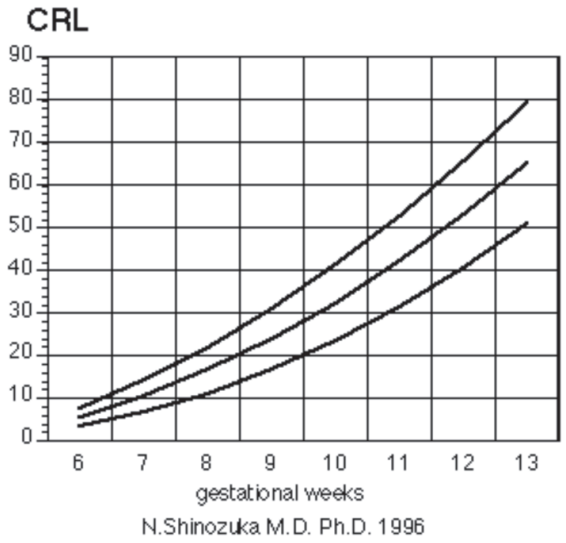
- par l'adjonction de nouveaux items ;
- par l'introduction de facteurs de pondérations différents ;
- par l'introduction d'un CRAP constant et d'un CRAP variable.

Il existe plusieurs modèles de CRAP, dont celui de Lambotte et Thoumsin (ci-dessous) qui n'a malheureusement pas été validé, mais que l'ONE propose d'utiliser néanmoins.

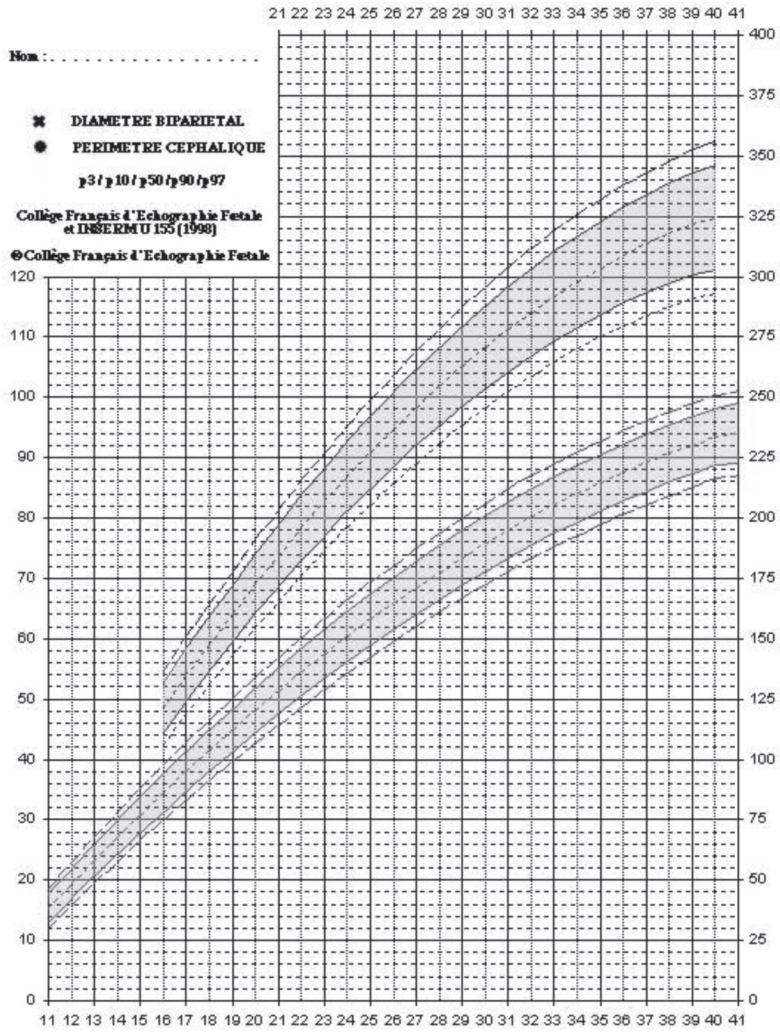
CRAP Constant			CRAP Variable		
1	2 enfants ou + sans aide niveau socio-économique bas			Travail extérieur léger	
	1 curetage			Prise de poids de + de 2 kg par mois	
	Moins d'un an depuis le dernier accouchement			Protéinurie	
2	Grossesse illégitime ou non acceptée			Logement non fonctionnel	
				+ de 10 cigarettes par jour	
	Âge < 20 ans ou > 40 ans			Travail extérieur ou ménager lourd	
	2 curetages			Anémie	
				TA >= 13 et/ou 9	
3	niveau socio-économique très bas			Perte de poids	
	Taille < 1 m 50			Longs trajets quotidiens	
	Poids < 45 kg			Voyage ou sport inhabituel	
	3 curetages ou plus			Travail extérieur et ménager lourd	
	Menace d'acc. prématuré. traitée lors d'une gross. antér.			Bactériurie contrôlée (+ de 100 000 col/ml)	
4	Primigeste de moins de 18 ans			Pyélonéphrite	
				Hémorragie au 2e trimestre	
	1 fausse couche de plus de 16 semaines			Présentation basse à 32 SA	
				Longueur du col <= 1 cm	
	1 accouchement prématuré			Dilatation du col > 1 cm	
5	Malformation utérine			Contractions utérines perçues	
				Grossesse multiple	
	Plus de 1 fausse couche de plus de 16 semaines			Hydramnios	
				Placenta praevia	
10	2 accouchements prématurés ou plus (> 27 sem)				
				Total CRAP Variable	
	Total CRAP Constant			**CRAP Global**	

ANNEXE 6

A. MESURE DE LA LONGUEUR CÉPHALO-CAUDALE (CRL EN MM) = CROWN RUMP LENGTH

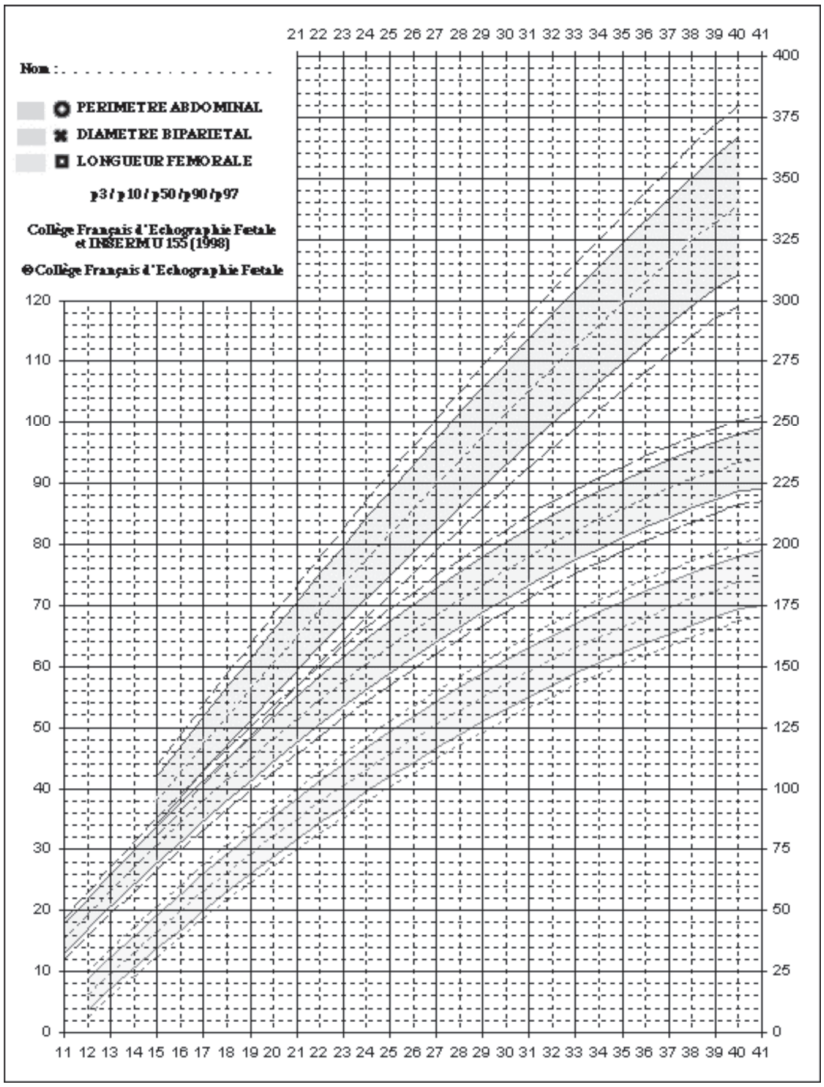


B. MESURE DU DIAMÈTRE BIPARIÉTAL (BIP) ET DU PÉRIMÈTRE CRÂNIEN (PC)



Source : Collège français d'échographie fœtale et INSERM, U155, 1998 ; avec la permission du CFEF

C. MESURE DU PÉRIMÈTRE ABDOMINAL (PA) ET DE LA LONGUEUR FÉMORALE (LF)



Source : Collège français d'échographie fœtale et INSERM, U155, 1998 ; avec la permission du CFEF

Table des matières

Préface 9

I
INTRODUCTION

chapitre 1 – Contexte, philosophie et mode d'emploi 13

II
GÉNÉRALITÉS

chapitre 2 – Objectifs de la consultation prénatale. 19
➢ Pierre Delvoye

chapitre 3 – Définitions 21
➢ Pierre Delvoye

chapitre 4 – Le concept de prévention 29
➢ Pierre Delvoye

chapitre 5 – L'approche basée sur le concept de risque et les principes d'une politique de dépistage. 31
➢ Pierre Delvoye

chapitre 6 – Méthodologie. 41
➢ Sophie Alexander, Anne-Françoise Bouvy, Pierre Delvoye

chapitre 7 – Considérations éthiques 47
➢ Pierre Delvoye

III
DÉFINITION D'UNE GROSSESSE NORMALE

chapitre 8 – Diagnostic de grossesse et calcul de l'âge gestationnel . . 57
➢ Pierre Delvoye, Véronique Masson

chapitre 9 – Évolution des paramètres fœtaux 69
➢ Véronique Masson, Pierre Delvoye

chapitre 10 – Modifications physiologiques maternelles au cours de la grossesse et du post-partum 77
➢ Pierre Delvoye, Véronique Masson

chapitre 11 – Prise en charge des désagréments mineurs de la grossesse normale 87
➢ Antoine Colin, Anne-Céline Cheron

IV
LES OUTILS

chapitre 12 – Anamnèse initiale et récurrente 97
➢ Claude Lecart

chapitre 13 – Examens physiques 105
➢ Anne-Céline Cheron, Jean-François Brichant, Sophie Alexander, Pierre Buekens, Gilles Ceysens

chapitre 14 – Examens complémentaires 117
➢ Pierre Delvoye, Claude Lecart, Caroline Delforge

V
DIMENSIONS PSYCHOSOCIALES

chapitre 15 – Une politique de soutien à la parentalité 133
➢ Myriam Sommer, Marie-Christine Mauroy

chapitre 16 – Sécurité émotionnelle de la grossesse 145
➢ Pierre Rousseau, Luc Roegiers, Véronique Masson, Bénédicte de Thysebaert

VI
APPROCHE THÉMATIQUE – ANALYTIQUE : LES PROBLÈMES DE LA GROSSESSE

a. Les grandes pathologies maternelles

chapitre 17 – Hématologique 163
➢ Sophie Alexander, Christine Kirkpatrick, Jean-Pierre Schaaps, Jean-Marc Minon, Béatrice Gulbis

chapitre 18 – HTA et pré-éclampsie..... 189
➢ Patrick Emonts

chapitre 19 – Diabète et grossesse 197
➢ Christine Kirkpatrick et Axelle Pintiaux

chapitre 20 – Pathologies thyroïdiennes et grossesse..... 205
➢ Frédéric Debieve, Chantal Daumerie

chapitre 21 – Prise en charge de l'obésité durant la grossesse..... 213
➢ Frédéric Debieve

b. Les pathologies infectieuses

chapitre 22 – Rubéole..... 223
➢ Pierre Delvoye

chapitre 23 – Toxoplasmose 231
➢ Walter Foulon

chapitre 24 – Cytomégalovirus..... 237
➢ Catherine Donner

chapitre 25 – Hépatite B et grossesse..... 249
➢ Magali Eykerman, Patricia Barlow

chapitre 26 – Hépatite C 259
➢ Daniel Murillo

chapitre 27 – HIV..... 267
➢ Patricia Barlow

chapitre 28 – Varicelle 273
➢ Béatrice Swennen, Sophie Alexander

chapitre 29 – Syphilis..... 281
➢ Frédéric Frippiat

chapitre 30 – Tuberculose 293
➢ Maryse Wanlin, Jean-Paul van Vooren

chapitre 31 – Chlamydia trachomatis 303
➢ Christelle Meuris

chapitre 32 – GBS 309
➢ Pierrette Melin

chapitre 33 – Bactériurie asymptomatique et infection urinaire ... 321
➢ Marc Horion

c. Les malformations d'origine génétique

chapitre 34 – Dépistage des anomalies chromosomiques 329
➢ Frédéric Debieve

chapitre 35 – Mucoviscidose 335
➢ Nicole van Regemorter

chapitre 36 – Autres malformations congénitales 341
➢ Yves Gillerot

chapitre 37 – Indications de conseil génétique 345
➢ Yves Gillerot

d. Les malformations d'origine exogène

chapitre 38 – Médicaments et grossesse 351
➢ Dominique Chaumont

chapitre 39 – Alcool et grossesse 355
➢ Pierre Delvoye, Dominique Chaumont

chapitre 40 – Toxicomanie 361
➢ Patrick Emonts

chapitre 41 – Tabagisme et grossesse 367
➢ Dominique Chaumont, Laurence Galanti, Patrick Emonts

chapitre 42 – Exposition au plomb 377
➢ Wei-Hong Zhang, Sophie Alexander

e. Prévention de l'accouchement dystocique

chapitre 43 – Placenta prævia, placenta accreta et vasa prævia 383
➢ Philippe Jadin

chapitre 44 – Les disproportions fœto-pelviennes 399
➢ Fernand Leroy

chapitre 45 – Malprésentations 405
➢ Sophie Alexander

chapitre 46 – Les grossesses gémellaires et multiples 413
➢ Fernand Leroy

chapitre 47 – L'accouchement prématuré 431
➢ Pierre Delvoye, Christine Kirkpatrick

chapitre 48 – Prise en charge de l'utérus cicatriciel 439
➢ Antoine Colin, Pierre Delvoye

chapitre 49 – Prise en charge du terme dépassé 451
➢ Véronique Masson, Sophie Alexander

VII
APPROCHE GLOBALE – SYNTHÉTIQUE

a. Calendrier

chapitre 50 – Calendrier des visites 461
➢ Pierre Delvoye, Wei-Hong Zhang

chapitre 51 – Échographies 467
➢ Pierre Bernard, Philippe Jadin, Marc Horion

b. La récolte des données

chapitre 52 – Le dossier prénatal 487
➢ Pierre Delvoye

VIII
RECOMMANDATIONS

chapitre 53 – Hygiène de la grossesse 503
➢ Dominique Chaumont

chapitre 54 – Alimentation et grossesse 507
➢ Nathalie Claes, Dominique Chaumont

chapitre 55 – Protection sociale de la grossesse 519
➢ Anne-Françoise Bouvy

chapitre 56 – Mutilations génitales féminines 525
➢ Jean-Jacques Amy, Fabienne Richard

chapitre 57 – Suspicion de violence 537
➢ Luc Roegiers

chapitre 58 – Toxicomanie et grossesse, quelle prévention ?..... 543
➢ Luc Roegiers

chapitre 59 – Problèmes psychiatriques et grossesse..... 551
➢ Luc Roegiers

IX
PRÉPARATION À LA NAISSANCE

chapitre 60 – Préparation à la naissance et à la parentalité..... 561
➢ Pierre Rousseau, Bénédicte de Thysebaert

X
CONSULTATIONS PARTICULIÈRES

chapitre 61 – La consultation préconceptionnelle..... 581
➢ Pierre Delvoye

chapitre 62 – La visite postnatale..... 591
➢ Pierre Delvoye

XI
COÛT DE LA SURVEILLANCE PRÉNATALE

chapitre 63 – Coût des tests et dépistage..... 611
➢ Sophie Alexander, Anne-Françoise Bouvy

ANNEXES

annexe 1 – Outil d'identification des grossesses à risques à l'usage des Sages-femmes et des Généralistes travaillant à l'ONE..... 617

annexe 2 – La préparation de la consultation : le matériel nécessaire et indispensable..... 629

annexe 3 – EPDS..... 634

annexe 4 – Tabagisme et grossesse : tableaux synoptiques – outils décisionnels..... 639

annexe 5 – Le CRAP : Coefficient de Risque d'accouchement prématuré..... 644

annexe 6..... 646